



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki - PÓŁKOLONIA ZIMOWA
2. Termin wycieczki - **22.01.2024 – 26.01.2024 , godz.7.00 – 17.00**
3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki: Centrum Mistrzostwa Sportowego, ul. Mazurska 40, 70-424 Szczecin

.....
(miejsce, data)

.....
podpis organizatora wycieczki (pieczęć placówki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (wypełniamy drukowanymi literami)

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka.....
2. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych).....
3. Data urodzenia
4. Numer PESEL uczestnika wycieczki:.....
5. Adres zamieszkania dziecka
6. Adres zamieszkania rodziców (opiekunów prawnych).....
7. Numer telefonu rodziców (opiekunów prawnych) w czasie trwania wycieczki
.....
8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym
.....
.....
9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)
.....
.....
.....
.....
o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie kserokopii książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):
tężecbłonica

.....
(data)

.....
podpis rodziców/ (opiekunów prawnych)
uczestnika wycieczki

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....

.....
(data)

.....
podpis organizatora wypoczynku

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał na półkolonii organizowanej przez Centrum Mistrzostwa Sportowego, ul. Mazurska 40, 70-424 Szczecin od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)..... w godzinach 7.00 – 17.00.

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)